ROK II.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej

REDAGOWANE I WYDAWANE

przez

Dra J. K. Wiktora

we Lwowie.

Zeszyt drugi.

SPIS RZECZY:

LWÓW.
CZCIONKAMI DRUKARNI LUDOWEJ
pod zarządem Stanisława Baylego.
1887.

OGŁOSZENIA.

Rok II. Lwów w Sierpniu 1887. Nr. 2.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

Wychodzi raz na miesiąc w zeszytach objętości przeszło dwóch arkuszy.
Prenumerować można rocznie lub półrocznie.
Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:
W państwię austryjackiem rocznie 3 złr. 40 ct.; półrocznie 1 złr. 75 ct.
W cesarstwie rosyjskiem rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.
W cesarstwie niemieckiem rocznie 8 marek; półrocznie 4 marek.
We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc. rocznie 12 fr.; półrocznie 6 fr.
Jeden zeszyt osobno kosztuje 30 ct.
Należytość najdogodniej przesyłać przekazem pocztowym.

Redakcyja i **administracyja** „Wiadomości lekarskich“ we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej l. 8.
Wszystkie korespondencyje, reklamacyje, przesyłki etc. dotyczące redakcyi i administracyi uprasza się adresować do Dra J. K. Wiktora we Lwowie przy ulicy Akademickiej l. 16.
Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie redakcyja i administracyja za opłatą 12 ct. od miejsca 1 wiersza bardzo drobnym drukiem (nonpareille); dołączenia zaś za opłatą każdorazowo umówioną.
Listów nieopłaconych redakcyja i administr. nie przyjmuje.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY I WYDAWCA D^r. J. K. WIKTOR.

O wpływie mózgu na obniżenie ciepłoty.

Podał

Dr. Antoni Coghen

lek. prakt. w Busku.

Że mózg obok swych różnorodnych funkcyj jako ośrodek nerwów, jest i regulatorem ciepłoty, zdaje się nie podlegać żadnej wątpliwości. Na przypadkach, gdzie sekcyja może naocznie przekonać, łatwo usunąć wszelką wątpliwość; tam jednakże, gdzie choroba kończy się ozdrowieniem, czynność fizyjologiczna mózgu polegać może jedynie na domysłach. Nieznajomość fizyjologii mózgu, lub też błędne pojmowanie objawów mózgowych prowadzą do błędnego rozpoznania choroby.

Obszerniej opracowali tę kwestyję Nothnagel, Hitzig, Heubner, Obernier i Huguenin. Z mej strony mam na myśli podać do szerszej wiadomości przypadek rzadki, i o tyle interesujący, że pomimo a raczej że właśnie z powodu obecności na t. z. konsylium osobistości cieszącej się największą praktyką lekarską i uchodzącej za jedną z pierwszych powag w stolicy kraju, postawiono błędne rozpoznanie choroby. Rozpoznanie wahało się mianowicie między durem brzusznym *(Typhus abdominalis)* albo zapaleniem opon mózgowych (*Meningitis*).

Z dokładnego opisu choroby poniżej przytoczonego, każdy dosyć łatwo pojmie i przyzna, czy miano do czynienia z durem, jak twierdził piszący ordynator miejscowy, czy też z zapaleniem opon mózgowych, jak twierdził konsultant przyzwany ze stolicy.

Chorą była zakonnica, lat 19 licząca, dobrze odżywiona, z rodziców zdrowych, w rodzinie nie ma żadnej choroby dziedzicznej,

dotąd nie przebywała żadnej cięższej choroby a przed 10 dniami przez dwie doby siedziała u łoża chorego na dur wysypkowy. Dnia 10 czerwca w rannych godzinach doznała kilkakrotnych dreszczów, łamania w stawach (odnóg dolnych), do czego przystąpiła ogólna niemoc, ból głowy i nudności. Trzeciego dnia choroby, ciepłota skóry 39·5°C., tętno pełne, 100 uderzeń na minutę, dosyć częste wymioty, ból głowy, lekkie wzdęcie brzucha, skóra wilgotna. Przypuszczałem możliwość zakażenia się durem wysypkowym.

Dnia 6go choroby ciepłota doszła do 40·5°C., język podsychający, wymioty, zwłaszcza po podaniu leków, ból głowy silny, majaczenia chwilowe, (rozpaczanie na temat żałośny). Brak snu zupełny, również brak stolców od dni pięciu. Brzuch nieco wzdęty, nad kiszką ślepą lekka bolesność i kruczenie, śledziona nieco, choć bardzo tylko mało ku dołowi powiększona. Chora odpowiada na pytania ze zupełną świadomością; pozostawiona w spokoju mrzy pomrukując, albo też plecie na temat zwidywań. Pomimo, że nie miałem żadnych cech wybitnych, oprócz gorączki *in continuo*, zrobiłem rozpoznanie, że chora jest dotknięta durem brzusznym Stan powyżej opisany trwał do 11 dnia choroby. Tyle chyba tylko dodać należy, że wymioty ustąpiły, a kalomel podany ledwo jeden stolec sprowadził. Co do *sensorium*, to chora była więcej ospałą i bredziła, a ciepłota wahała między 39·5°C.—40·5°C. Nadmienić muszę na tem miejscu, że ciepłotę mierzono ściśle cztery razy na dzień a wszelkie przypadłości zapisywano skrzętnie. Otóż 11go dnia choroby z rana, poczęła chora tracić przytomność i trudno było jej się dobudzić; na zapytania nie odpowiadała wcale, pomimo że ciepłomierz wskazywał rano 38·5°C., w południe 38·0°C. a wieczór 37·2°C. Wieczór chora utraciła przytomność zupełnie, oczy w słup, tęczówki na światło nie oddziaływały, gałki oczne nawet przy dotyku palcem pozostawały bez ruchów, lewa powieka lekko porażona, połykanie utrudnione, język wilgotny, oddech powolny ale płytki, (12—14 oddechów na minutę). Tętno 64 uderzeń na minutę, miernie pełne. Brzuch czółenkowato zapadły, mięśnie brzucha napięte. Wówczas miałem sposobność zejść się u łoża na pozór konającej pacyjentki z kolegą Drem X. ze stolicy na *consilium* przywołanym, który po ścisłem zbadaniu zawyrokował po długim wykładzie mianym do otoczenia. Diagnosis: *Meningitis*. Prognosis: *Mors*.

Co do mnie, obstawałem przy pierwotnem rozpoznaniu, a przypady mózgowe z tak raptownem obniżeniem ciepłoty, uważałem za podrażnienie mózgu z depresyją temperatury. Przepowiedziałem przeto odmiennie, że stan tēn długo nie potrwa, a skoro tylko ciepłota pocznie się podnosić, chora będzie uratowaną. Przepowiedziałem jeszcze i to, że ponieważ mamy do czynienia z durem brzusznym, to jeszcze

gorsze możemy mieć powikłania, a zwłaszcza. że się obawiać należy powikłań ze strony płuc.

Stan z objawami mózgowemi trwał 36 godzin. W południe 12go dnia choroby ciepłota już wynosiła 39·7°C., chora poczęła dawać oznaki życia, t. j. przynajmniej była zdolną poruszać kończynami, przymykać powieki, tęczówki poczęły na światło oddziaływać, a gdy wieczorem ciepłota podniosła się do 39·5°C., zażądała chora mleka, i poczęła rozsądnie odpowiadać na zadawane jej zapytania. W drugiej połowie drugiego tygodnia i w trzecim tygodniu choroby, ciepłota przybrała przebieg prawidłowy. Z końcem drugiego tygodnia wahała ciepłota między 39·5°—40·3°C. W trzecim tygodniu zauważyłem już znaczne remisyje, a dnia 20go choroby z rana zeszła ciepłota do 37·5°C. W ciągu tego czasu okazywała chora następujące zmiany chorobowe. W płucach rozległy nieżyt, śledziona już znacznie powiększona, brzuch znacznie wzdęty, silne kruczenie nad kiszką ślepą, zaparcie stolca ciągłe, dopiero podane leki sprowadzają po kilka stolców.

Dnia 20go choroby dreszcz, kłucie w boku prawym, ciepłota 40°C., oddech ciężki, przyspieszony, krwioplucie. Przy badaniu płuc stwierdziłem ograniczone zapalenie płuc poniżej łopatki prawej, na rozległość średniej dłoni.

Dnia 26go choroby stan bezgorączkowy, chora czuła się swobodną, lecz już dnia 28go znowu dreszcz i ciepłota wzniosła się do 39.8°C., i znowu stwierdziłem zapalenie płuc w okolicy lewej pachy. I tym razem po 6 dniach gorączki chora okazywała napowrót ciepłotę prawidłową. Od tego czasu rekonwalescencyja postępowała stosunkowo dość szybko, a 42go dnia choroby chora wstała po raz pierwszy z łóżka.

Zdaje mi się, że z opisu niniejszego, nader wiernego, każdy poweźmie przekonanie, że miałem istotnie do czynienia z durem brzusznym.

Podobnych przypadków, gdzie wśród przebiegu duru brzusznego w połowie drugiego tygodnia choroby występują tak ciężkie przypady mózgowe z obniżeniem ciepłoty, obserwowałem oprócz powyżej opisanego jeszcze dwa inne.

Pierwszy dotyczył księdza świeżo wyświęconego, drugi włościanina, ale o tym ostatnim wiem tylko tyle, że jest obecnie zdrowy, że więc dotąd żyje. Przypadek ten bowiem przeszedł dla mnie bez żadnego pożytku z powodu, że zbyt krótko go obserwowałem. We wszystkich jednak przypadkach przezemnie obserwowanych, zauważyłem:

*

1) brak wybitnych cech właściwych dla duru brzusznego, brzuch zwykle lekko tylko wzdęty, kruczenia nad kiszką ślepą prawie żadnego, brak powiększonej śledziony;

2) płuca aż do wystąpienia objawów mózgowych i obniżenia ciepłoty wolne;

3) zaparcie stolca przez cały czas choroby;

4) już w pierwszych dniach choroby byli chorzy zazwyczaj bądź nader rozczuleni, bądź znowu bardzo bojaźliwi i rozpaczali o swem położeniu, słowem już w bardzo wczesnym okresie duru brzusznego przypady mózgowe brały przewagę;

5) dopiero po wystąpieniu przypadów mózgowych pod formą podrażnienia mózgowego z równoczesnem obniżeniem ciepłoty, i po następowem ustąpieniu tychże przypadów, choroba przybierała mniej lub więcej zwykły przebieg. Dopiero z końcem drugiego tygodnia występowały cechy durowi właściwe, jak zajęcie płuc, powiększenie śledziony, kruczenie i bolesność nad kiszką ślepą i t. p.

A teraz chodzi mi o wytłumaczenie tych dziwnych a tak nieczęstych zjawisk.

Mniemam, że w przypadkach podobnych od pierwszej chwili zakażenia się durem brzusznym zostaje przeważnie mózg zajętym, i że ztąd pochodzą wymioty, zaparcie stolca, że i brzuch należycie nie może być wydętym, bo mózg jako zajęty ośrodek nerwowy należycie już nie funkcyjonuje. W mózgu jest, że tak powiem *locus minoris resistentiae* i dlatego śledziona schodzi na drugi plan. Szczytem bywa wtedy zwykle środek drugiego tygodnia. Przypady mózgowe, które chciałbym nazwać podrażnieniem, zazwyczaj po krótkiem trwaniu (od 36 godzin do 3 dni) zwalniają, poczem ciepłota podnosi się, bo regulator ciepłoty, (mózg), poczyna funkcyjonować prawidłowo, i odtąd przebieg choroby postępuje niejako w granicach prawidłowości.

Na poparcie mojego twierdzenia niech mi będzie wolno odnieść się do cennej pracy L i e b e r m e i s t r a „Handbuch der acuten Infectionskrankheiten, erste Hälfte, 2 Auflage 1876. Seite 187, gdzie znakomity ów pisarz tak pisze: „Von besonderem Interesse ist ein Zustand, der zuweilen auf der Höhe der Krankheit vorkommt, und den ich als Gehirnreizung mit Depression der Temperatur bezeichnen möchte. Zuweilen nehmen auf der Höhe der Krankheit, etwa in der Mitte der zweiten Woche, bei einem Kranken, der bisher anhaltend hohe Temperatur und dabei die entsprechenden Störungen der Gehirnfunctionen zeigte, plötzlich die Gehirnerscheinungen einen ungewöhnlichen Charakter an; es treten Symptome auf, die an eine Meningitis erinnern, oder es entsteht ausgebildete Geistesstörung mit maniakalischem Charakter. Die Pupillen sind häufig ohne Reaction gegen Licht-

einwirkung. Das auffallende bei diesem Zustande ist aber, dass die Körpertemperatur, die bisher ganz den gewöhnlichen Verlauf hatte und in den letzten Tagen um oder über 40°C. sich hielt, mit dem Auftreten der Erscheinungen von Gehirnreizung, sofort beträchtlich sinkt und während der ganzen Dauer der Gehirnerscheinungen in ziemlich unregelmässiger Weise zwischen 37°—38°C. oder auch zwischen 36—39°C. schwankt. In günstig verlaufenden Fällen, verlieren sich nach einigen Tagen, zuweilen erst nach einigen Wochen die auffallenden Gehirnerscheinungen; damit steigt auch wieder die Temperatur auf die der Periode der Krankheit entsprechende Höhe, und die Krankheit nimmt wieder ihren regulären Verlauf. etc.“

Liebermeister obserwował do 10 podobnych przypadków. Dodać mi jeszcze wypada, że przebieg, o ile moje skromne doświadczenie sięga, w trzech przypadkach przezemnie widzianych był szczęśliwym, to też powyższych przypadów nie uważam za bardzo niebezpieczne

---

NAGŁA ŚMIERĆ w SZKOLE.

Odpowiedź na odpowiedź profesora Blumenstoka

napisał

Dr. Longin Feigel

profesor medyc. sądowej Uniw. lwowskiego.

(Dokończenie).

Jeżeli wszyscy przytoczeni, powszechnie za najlepszych autorów i kliników uchodzący uczeni jednozgodnie podają: iż przekrwienie opon mózgowych i mózgu jest w stanie wywołać nagłą śmierć samoistnie a przy obdukcyi znajdujemy jedynie przekrwienie opon mózgowych i mózgu, (nota bene, że wszyscy ci autorowie podają, „że surowiczy obrzęk wyrobić się może dopiero przy dłuższem trwaniu zmian chorobowych za życia“), jeżeli dalej podają, że przekrwienie to może być spowodowane przez wzruszenia (emocyje) umysłowe, toć jasną jest rzeczą, że miałem i mam wszelkie prawo, nazwać te zasady „ogólnie w nauce przyjętemi, wiadomemi i znanemi“, a twierdzenie prof. Bl. jako „w rażącej sprzeczności z nauką i doświadczeniem lekarskiem stojące“. Udowodniwszy zaś wybitnie słuszność mego wystąpienia i twierdzenia, mam sądzę wszelkie prawo skierować obecnie wszystkie zarzuty mnie poczynione przeciw samemu prof. Bl., który niedość że okazał brak wiadomości rzeczy ogólnie znanych, lecz do tego jeszcze ośmielił się w sposób tak niewłaściwy traktować oponenta mającego słuszność za sobą. Stanowczo też pozwolę sobie twierdzić, iż fakta te, podane

bez wyjątku w każdem poważnem dziele lekarskiem, musiały być znane tym kilku klinicystom, członkom Wydziału lekarskiego, do których prof. Bl. się odwołuje, chociaż nie były zupełnie znane prof. Bl., a grono Wydziału lekarskiego jedynie dlatego przyjęło wywody i orzeczenie prof. Bl., ponieważ jak to już nadmieniliśmy ani nie znało przebiegu całego przypadku, ani stopnia przekrwienia mózgowego, ani mogło rozeznać znaczenia tej zmiany w dotyczącym przypadku, gdyż nie czytało protokołu obdukcyi i aktów śledczych, lecz w zaufaniu przyjęło jedynie do wiadomości twierdzenia prof. Bl. Zasłanianie się zatem powagą Wydziału lekarskiego ze strony prof. Bl. nie jest zupełnie na miejscu i słuszne. Również nie dowodzi niczego (wobec ogólnie stwierdzonego faktu) przypadkowa okoliczność, że w 25ciu rocznikach „Archiv für Kinderheilkunde“ nie ma opisanego ani jednego podobnego przypadku, jeżeli są niewątpliwie podane gdzieindziej i każdy z przytoczonych autorów uważa kwestyję tę za udowodnioną przypadkami wydarzonemi. Nazwiska zaś takich autorów, jak Kunze, Rokitansky, Forster, Wunderlich, Niemeyer, Nothnagel, Eichhorst, Hasse i Gerhardt (pedyjatra) dowodzą tu więcej, jak wszelkie wywody prof. Bl., którego ścisłość wiedzy i dowodzenie zostały w niniejszej odpowiedzi przedstawione w świetle należytem. Jeżeli zaś w opisie objawów posłużyłem się ustępem z Encyklopedyi lek. streszczonym przez prof. Oberniera, to wobec postawionego dowodu, iż to samo zawierają wszystkie dzieła kliniczne, bez wyjątku, okoliczność ta traci znaczenie, jakie jej chciał podsunąć prof. Bl. Sądzę przytem, że Encyklopedyja lek. podaje w krótkiem streszczeniu obecny stan wiedzy lek., a prof. Bl. będąc sam współpracownikiem Encyklopedyi dla medycyny sądowej, wie najlepiej, iż fałszów naukowych tam nie umieszczają. Zarzut więc prof. Bl. dotyczący ustępu z Oberniera zapewnie nie polega nawet na dobrej wierze i przekonaniu. Że zaś chorzy miewają i źrenice rozszerzone, zwłaszcza gdy doszło u nich do objawów uciskowych, i że umierają również wśród zapadu, to są rzeczy wprawdzie pomniejsze, wszelakoż prawdziwe; zarzuty prof. Bl. zatem w tej kwestyi były zupełnie bezpodstawne i nie na miejscu.

Prof. Bl. błądzi i w tym ustępie, gdzie wyraża mniemanie: „że ja nie jestem klinicystą“, od 15 lat bowiem zajmuję się we Lwowie obserwacyją i leczeniem chorych i mam (o czem wiedzą zresztą koledzy we Lwowie) dosyć rozległą klientelę.

Podobnie jak z poprzednim, ma się też rzecz i z zarzutem prof. Bl. uczynionym mojemu twierdzeniu, iż „przyczyną przekrwienia opon mózgowych i mózgu mogą być i bywają wstrząśnienia umysłowe“, a zatem mamy wszelkie prawo uważać i w obecnym

przypadku wstrząśnienie umysłowe za przyczynę przekrwienia znalezionego na zwłokach. Słuszność twierdzenia mego udowadniają wszyscy powyżej przytoczeni autorowie, których dotyczące ustępy umyślnie jako dowód słuszności mojego twierdzenia umieściłem. Sądzę, że po naprowadzeniu powyższych autorów prof. Bl. będzie musiał przyznać, iż jest to również „fakt ogólnie w nauce wiadomy i przyjęty“. Nie jest więc sposób dowodzenia przezemnie tu użyty bynajmniej „scholastycznym“ lecz tylko empirycznym i naukowym. Dlaczego zaś prof. Bl. żąda, abym przytaczał przypadki z Schauensteina, w których zaszło „złamanie i wgniecenie kości czaszkowych“, i dlaczego każe mi w ten sposób fabrykować literaturę, jak sam fabrykuje zarzuty, choćby najniesłuszniejsze, na to chyba sam udzielić nam zdoła wyjaśnienia. Przytoczone przezemnie przypadki kazuistyczne, które tak drażnią prof. Bl., umieszczone są w dziełach poważnych medycyny sądowej i zacytowane jako przykłady śmierci wskutek wzruszeń umysłowych a nie zgnieceń czaszki lub t. p; jeżeli więc prof. Bl. czyni mi zarzut fabrykowania tychże cytatów, to odnosić się to musi i do tych ogólnie poważanych i znanych uczonych autorów, za którymi przykłady te przytoczyłem; sądzę jednak, iż stoją oni tak wysoko, że niesmaczne wycieczki prof. Bl. dosięgnąć ich nie mogą; ja zaś chętnie pozostaję w ich towarzystwie, chociaż cytaty ich równie jak moje, są prof. Bl. zbyt niewygodne, — i stąd gniew i wycieczki Jego, niemające zresztą ani podstawy ani wartości naukowej, gdyż (jak naprowadzanie przypadków z wgnieceniem kości, targaniem za włosy itp.) ani niczego nie dowodzą ani niczemu nie przeczą.

Co do uwag prof. Bl. dotyczących „zeznań świadków“, to lekarz sądowy o tyle uwzględniać je musi i powinien, o ile, jak to twierdzi sam prof. Bl. „nie sprzeciwiają się doświadczeniu lekarskiemu“. Ponieważ jednak sprzeciwia się, i bardzo nawet, wszelkiemu doświadczeniu lekarskiemu, (wyjątek może chce stanowić jedynie prof. Bl.), ażeby ktoś figlował i śmiał się, a w tem padł nieżywy, jak to podaje obwiniony, a obdukcyja wykazała ogromny stopień (sic!) przekrwienia opon mózgowych i mózgu; dlatego podanie takie, zwłaszcza, jeżeli je czyni jedynie tylko sam obwiniony w zrozumiałym dla siebie interesie, nie zasługuje absolutnie na wiarę. To mi każdy bezstronny lekarz przyzna.

Ażebym zaś ja „bardzo malowniczo, lecz mgliście przedstawił obraz uczuć M. F. przed śmiercią“, pozwalam sobie wprost zaprzeczyć, a po dowód odsyłam Szanownych Czytelników do owego opisu. Przeczytawszy go, każdy oceni dostatecznie prawdziwość i słuszność zarzutów prof. Bl. tak, jak ja je cenić się

nauczyłem. Zarzut ten, jak wszystkie inne, okaże się w całej pełni tylko bezpodstawnem szermowaniem słowami a nie naukowem polemizowaniem.

Również zaprzeczam stanowczo i odpieram zarzut, jakobym gdziekolwiek twierdził, iż „dla mnie sprawa „wstrząsu psychicznego“ jest całkiem jasną“, aczkolwiek wiem o tem, że może mu towarzyszyć przekrwienie opon mózgowych i mózgu, gdyż twierdzą to wszyscy powyż przytoczeni autorowie i sławni klinicyści, podając wyraźnie jako przyczynę przekrwienia mózgowego „wstrząśnienia umysłowe“, — a na dobitek mógłbym okazać prof. Bl. listy bardzo słynnych uczonych, którzy przyznają się również do tej wiedzy. Nie moja więc wina, że prof. Bl. i o tak powszechnie znanym i przyjętym fakcie naukowym nie wie lub wiedzieć nie chce. Lecz jestem przekonania, że, ażeby rozpoznać pewien stan chorobowy za życia i oznaczyć przyczynę powstania jego, nie musimy choćbyśmy bardzo pragnęli wymagać koniecznego warunku, ażeby „sprawa ta była nam całkiem jasną“ (tak jak prof. Bl. podaje, iż nie jest tak szczęśliwym, ażeby sprawa wstrząsu była mu całkiem jasną, a więc już o niej nie wie i nic wiedzieć nie chce), a tłumaczenie takie jest zdaniem mojem tylko grą wyrazów, bez głębszego znaczenia. (Że zaś prof. Bl. przy każdej sposobności zasłania swe błędne twierdzenia i tą okolicznością, dlatego zawsze podaję i do tego znak zapytania wyrażając tem pytanie, co to ma mieć za znaczenie?) Ileżto bowiem stanów chorobowych jest nam w istocie swej do dziś dnia zupełnie niejasnych lub nieznanych, a przecież musimy je na chorych rozpoznawać, leczyć je, piszemy i rozprawiamy o nich. Czy prof. Bl. całkiem jasnym jest tyfus plamisty, wodowstręt, kiła ogólna, itd., itd, a przecież nikt nie waha się rozpoznawać te choroby i nie powiada, że stanu tego nie może przyjąć, bo on nie jest mu dotychczas całkiem jasnym itp.? Tak samo więc możemy i musimy często rozpoznawać wstrząs, wstrząśnienie mózgu i rdzenia itp. stany, chociaż istota ich nie jest i nie potrzebuje dla naszych celów być nam „całkiem jasną“. Ażeby Wydział lek. musiał „znać wstrząs psychiczny z własnego doświadczenia“, chcąc go rozpoznać, to również jako warunek „*sine quo non*“ jest oryginalnym, i chyba na seryjo nie pomyślanym wymogiem, podobnie jak twierdzenie, że „po wzruszeniu umysłowem nie licuje w zwłokach przekrwienie opon mózgowych i mózgu“, chociaż wszyscy patol. anatomowie i klinicyści twierdzą, jak widzieliśmy, zupełnie inaczej. W ogóle cały ów ustęp zarzutów prof. Bl., aż do uwagi, że dzieła naukowe nie zajmują się wstrząsem psychicznym, jak to wynika z powyższych cytatów, nie jest również prawdziwym, jest tylko zbiorem krasomówczych zwrotów naukowo błędnych i niczego nie dowodzących.

Co zaś do ogłoszenia korespondencyi mojej z prof. H. i dalszych wyzyskań tego stosunku, to śmiem zapytać, dla czego prof. Bl. (przytaczając dosłownie mój list, nawet w ustępach zupełnie nie mających z niniejszą sprawą związku), nie był łaskaw przytoczyć równocześnie dosłownie i swój list pisany w tej sprawie do prof. H.? A zdaniem mojem mam bardzo ważny powód do tego żądania. Odpowiedź prof. H. jest bowiem tak uderzająca czemś, czego określić nie potrafiłbym, prof. H. niby tłumaczy się z czegoś, tak, iż mimowoli musiałem nabyć przekonania, iż prof. Bl. w swej zadraźnionej ambicyi przedstawił prof. Hofmanowi w tak rażący sposób moją zbrodnię, iż udałem się do Niego z prośbą o Jego zdanie, i sposób, w jaki z listu Jego zrobiłem użytek, że prof. H. czuł się w obowiązku stanąć w swej obronie i mieć żal do mnie, iż Go wprowadziłem w podobną kolizyję bez Jego zezwolenia. Ostatecznie bowiem mógłbym chyba przyznać się do tego, iż nie uprzedziłem prof. H., że orzeczenie w tym przypadku oddał już prof. Bl. i że ewentualnie wystąpię z opozycyją przeciw Jego zdaniu, a przecież oświadczyć muszę, że mi to ani na myśl nie przyszło, tembardziej, że nie wiedziałem wcale jeszcze, czyli ogłoszę moje przekonanie, a pragnąłem, mając inne przekonanie, jedynie usłyszeć zdanie innych powag naukowych; nie chciałem zaś z umysłu oskarżać przed nimi prof. Bl. Cóż jednak znaczą zarzuty, że jak prof. Bl. widzi, prof. H. „o r z e c z e n i a“ właściwie nie oddawał, tylko u d z i e l i ł m i r a d y, jak w danym przypadku postąpić, skoro ja tylko o „r a d ę i z d a n i e“ prosiłem — i dalszy zarzut, „ż e n i e u p o w a ż n i ł m n i e d o o g ł o s z e n i a s w e g o z d a n i a“, skoro tego nie uczyniłem, a tylko wspomniałem mimochodem o tem, że prof. H. podziela w zupełności moje przekonanie. Co ma wreszcie znaczyć, iż „d l a w y j a ś n i e n i a prawdy prof. H. pozwala swój (czy i mój?) list ogłosić i jaką „p r a w d ę“ mógł tu mieć na myśli? to są wszystko dla mnie zagadki trudne do odgadnienia, jeżeli nie znam listu prof. Bl. do prof. H. Przekonawszy się jednak o sposobie prowadzenia walki naukowej przez prof. Bl., mam wszelkie prawo sądzić, że i tu, jak z Obernierem, chodziło o to, ażeby jakimkolwiek sposobem, choćby niewłaściwem przedstawieniem sprawy, zyskać broń przeciw mnie. Czy sposób ten polemiki jest i o ile jest szlachetnym i naukowym, o tem sąd pozostawiam Szanownemu kołu Czytelników. Moją rzeczą jest udowodnić, że mając list prof. H. w ręku, miałem pełne prawo widzieć w nim z u p e ł n e p o t w i e r d z e n i e m o i c h z a p a t r y w a ń — i do tego przystępuję:

„Że prof. H. wobec nader krótkiego i niedokładnego listownego opisu przypadku musiał mieć mnogie wątpliwości, to i ja i każdy z nas znalazłby zupełnie naturalnem. Skoro jednak prof. H. wyraźnie pisze: „Dass der Tod des Kindes ganz unabhängig von der Züchtigung er-

folgte, ist kaum anzunehmen. Jedenfalls wäre zu constatiren, wie sich das Kind kurz vor der Züchtigung verhielt, ob dasselbe z. B. über Kopfschmerz klagte, ein geröthetes Gesicht, eigenthümlichen Blick u. dgl. zeigte und worin das angeblich unruhige Verhalten bestand?

Käme in dieser Richtung nichts heraus, dann ist allerdings die Züchtigung die Todesursache. Es muss aber sofort erklärt werden, dass dieselbe, da sie nur eine geringfügige war, das Mass des Zulässigen nicht überschritt u. keine Spuren hinterliess, nicht ihrer allgemeinen Natur nach, sondern nur wegen eigenthümlicher, bei dem Kinde bestehender Verhältnisse resp. wegen abnormer Reaction desselben (eigenth. Leibesbeschaffenheit §. 129 S. Pr. P.) einen tödtlichen Ausgang genommen habe. Worin diese abnorme Beschaffenheit bestand, liesse sich vielleicht durch genaue Erhebungen constatiren lassen. Vielleicht bestand Convulsibilität, abnorme Erregbarkeit, Status nervosus u. dgl.? Bei solchen „nervösen“ Kindern kann ein heftiger Gemüthsaffect vasomotorischen Krampf und unter epileptiformen Erscheinungen den Tod herbeiführen. Auch ist Herzlähmung (Shok) möglich. (następuje kilka dalszych pytań), a dalej: Schliesslich ist der Fall doch nur von academischer Bedeutung, da man, was die gerichtsärzliche Bedeutung betrifft, immer zum Resultate gelangen wird, dass die Züchtigung nur wegen abnormer, dem Lehrer nicht bekannt gewesener Körperverhältnisse des Kindes den Tod herbeigeführt hat.

P. S. Vielleicht dürften Sie auch auf p. 334 u. 688 d. III. Aufl. meines Buches einige weitere Anhaltspuncte für die Beurtheilung des Falles finden“, — Ihr ergeb. H..; —

to każdy przyzna, że zdanie to odpowiada zupełnie mojemu, a zupełnie diametralnie sprzeciwia się przekonaniu prof. Bl. „iż obdukcyja zwłok nie wykazała przyczyny śmierci, iż przekrwienie mózgu sprzeciwia się wstrząśnieniu umysłowemu, że przyczyna była niedostateczną itd. Naczynioruchowe porażenie mógł bowiem prof. H. jedynie przyjąć w mózgowiu, gdyż tylko to było widocznem. Po wykluczeniu możliwości chorób jakich (Meningitis itp.) stanowczo przyjmuje związek przyczynowy między ukaraniem a śmiercią jako istniejący, zwraca tylko uwagę na §. 129 U. p. karn., w czem zupełnie zgadza się ze mną, a że przypadek ten ma tylko akademickie, czysto naukowe znaczenie, gdyż wyraźnie zastrzegamy, że szkodliwości takie pospolicie żadnych nie wywołują skutków, że nauczyciel zatem takowych przewidzieć nie mógł a śmierć dziewczynki jest zatem tylko wyjątkowym przypadkiem, w tem zupełnie prof. H. zgadza się również z mojem orzeczeniem.

Tak samo oceniają przypadek ten i inni uczeni specyjaliści, do których z zapytaniem się odniosłem. Wszyscy widzą przyczynę

śmierci w przekrwieniu silnem opon mózgowych i mózgu wskutek porażenia systemu nerwowego naczynioruchowego. Wszyscy, atoli przyjmują szczególniejsze usposobienie dziewczęcia jako warunek powstania śmierci, a usprawiedliwiają czyn nauczyciela tem, iż niemógł on skutków postępowania swego przewidzieć. Nieprawdą jest przytem, ażeby prof. H. odsyłał mnie do kazuistyki swojej przypadków, w których zaszło uszkodzenie czaszki jak: szarpanie za włosy lub uderzenia w głowę, gdyż to nie miałoby sensu wobec tego iż tu nic podobnego nie zaszło, a powtóre prof. H. odsyła mnie wyraźnie do całego rozdziału swego o wstrząśnieniach umysłowych, który tylko potwierdza zdania przezemnie wypowiedziane. Ciekaw też jestem, jak bym był w stanie, z listem prof. H. w ręku, bronić twierdzeń prof. Bl. wobec Dra Jasińskiego, gdy są one od początku do końca wbrew przeciwne tak treści listu prof. H., jak i twierdzeniu innych uczonych, którzy mi łaskawie swego zdania udzielili, jak wreszcie twierdzeniu autorów klinicznych i patolog. anatomów powszechnie znanych a powyżej przytoczonych.

Prof. Bl. powiada, że niezna przyczyny śmierci M. F., gdyż obdukcyja jej nie wykazała. Pr. H. zaś uznaje w porażeniu systemu naczynioruchowego, którego obraz widzimy jedynie w mózgowiu, przyczynę śmierci, — inni uczeni zaś wyraźnie określają przekrwienie opon mózgowych i mózgu, wywołane porażeniem naczynioruchowem, jako przyczynę śmierci. Prof. Bl. twierdzi, że przekrwienie takie mózgowia nie tłumaczy śmierci. Prof. H. przyjmuje możebność śmierci z porażenia vasomotorycznego. Prof. Bl. twierdzi, że ukaranie dziecka nie było dostateczną przyczyną do wywołania wstrząśnienia umysłowego. Prof. H. i wszyscy inni twierdzą zaś, że u dzieci nerwowych mogą takie wzruszenia wywołać porażenie naczyń i śmierć. Dzieła naukowe powszechnie za najlepsze uznane wprost zbijają wszystkie twierdzenia prof. Bl. i udowadniają, iż stoi on w sprzeczności z ogólnie w nauce uznanemi i stwierdzonemi faktami. Sądzę tedy, że aż nadto usprawiedliwiłem racyję mego wystąpienia przeciw twierdzeniom prof. Bl., które mogą w błąd wprowadzić czytelników.

Jestem też przekonany, że pewne siebie i śmiałe twierdzenie prof. Bl., jakoby „udowodnił, że krytyka prof. F. nie miała najmniejszej podstawy naukowej“. da się wytłumaczyć jedynie tą okolicznością, iż te „podstawy naukowe“, były i są prof. Bl. niezupełnie znane i pozostaje dotąd co do nich w fatalnym błędzie. Tak n. p.

1) Prof. Bl. twierdzi: iż „nie ma w zwłokach przyczyny śmierci“ a nawet dobrodusznie przyznaje, że nie umie z opisu (a ze sekcyi?) odróżniać stopni przekrwienia móz-

gowia. Na to udowodniłem, że gdyby był zaglądnął do pierwszego lepszego dzieła anatomii patologicznej lub patologii szczegółowej, byłby znalazł, „iż wszyscy autorowie odróżniają i opisują rozmaite stopnie przekrwienia opon mózgowych i mózgu, i że opis obdukcyjny w obecnym przypadku jest klasycznym opisem najwyższego stopnia przekrwienia tych narządów.

2) Powtóre twierdzi prof. Bl., że „przekrwienie to nie jest dostateczną przyczyną śmierci i że podobnego przebiegu przekrwienia ostrego mózgowia nikt, ani On, ani kilku obecnych klinicystów nie widział, — że więc ja z Obernierem w ręku postawiłem twierdzenie śmiałe, niesłyszane, wbrew ogólnym twierdzeniom nauki. Na to udowodniłem licznemi wyciągami z najlepszych dzieł naukowych, że twierdzenie to prof. Bl. polega jedynie na nieznajomości przedmiotu, o którym z taką pewnością pisze, że twierdzenia moje podzielają bez wyjątku wszystkie dzieła naukowe (więc nie ja i Obernier występujemy z takowemi), a mianowicie jednogłośnie twierdzą, że „przekrwienie ostre, nagłe opon mózgowych i mózgu może nagłą śmierć sprowadzić, a przy obdukcyi znajdujemy tylko przekrwienie opon mózgowych i mózgu (nie jak chce prof. Bl. „obrzęk surowiczy“).

3) Po trzecie twierdzi prof. Bl., że „przekrwienie znalezione opon mózgowych i mózgu sprzeciwia się przyjęciu wzruszenia umysłowego (wstrząsu psychicznego)“, podczas gdy udowodniłem licznemi dziełami naukowemi, że wszyscy autorowie przyjmują z doświadczenia jako przyczynę ostrego przekrwienia opon mózgowych i mózgu właśnie i wstrząśnienia umysłowe, takowe więc wcale nie sprzeciwiają się obrazowi takiego przekrwienia w zwłokach.

4) Dalej twierdzi prof. Bl. „że przypady u M. F. sprzeciwiają się przyjęciu nagłej śmierci ze wstrząśnienia umysłowego“, — podczas gdy udowodniłem temiż dziełami naukowemi, że wstrząśnienia umysłowe mogą nagle wywołać przekrwienie mózgowia, a toż znowu nagłą śmierć bez szczególniejszych jakich objawów, tylko zupełnie jak apopleksyja mózgu, t. j. dotknięta osoba może upaść bezprzytomna i przestać żyć, jak M. F. I to twierdzenie prof. Bl. więc udowodniłem jako błędne i z prawdą niezgodne.

5) Wreszcie twierdzi prof. Bl., że „uraz w obecnym przypadku nie był dostatecznym do wywołania wzruszenia umysłowego“, — podczas gdy wykazałem kazuistyką, że często wystarczał mniejszy dużo uraz do sprowadzenia śmierci, że więc i to twierdzenie jest zupełnie bezpodstawne i dowolne. Podczas gdy ja wykazałem tedy całym szeregiem najpoważniejszych dzieł naukowych,

że każde moje twierdzenie, bez wyjątku ma wszelkie podstawy naukowe, jest w nauce uświęconem i doświadczeniem lekarskiem popartem, to prof. Bl. prócz wycieczek osobistych, nietrafnego odwoływania się do obecności kilku klinicystów, którym pozwala sobie odmawiać wiedzy ogólnie znanych pewników naukowych, prócz śmiałych lecz zupełnie bezpodstawnych zarzutów, niedostarczył i nie mógł oczywiście dostarczyć najmniejszego dowodu na poparcie słuszności swoich twierdzeń, zupełnie w nauce odosobnionych i niebywałych. Jak wobec takiego stanu rzeczy wygląda ton i forma odpowiedzi prof. Bl. na moją krytykę, zarzuty czynione oponentowi, a wreszcie twierdzenie, iż prof. Bl. udowodnił, że krytyka prof. F. nie ma najmniejszej podstawy naukowej, to pozostawiam do oceniania Szanownym Czytelnikom. Prof. Bl. postawił już powtórnie jaskrawy dowód, że umie być nader pewnym i absolutnym nawet tam, gdzie nie ma do tego najmniejszej podstawy.

Pokazuje się też, że „niedaremnie poświęciłem“, jak to sądzi prof. Bl. „już drugi raz czas mój na krytykę orzeczeń prof Bl.“; udaremniam bowiem głoszenie publiczne ex cathedra tak rażących błędów naukowych, jakich się już powtórnie dopuszcza w swych orzeczeniach prof. Bl., a które mogłyby, pochodząc z tak poważnego źródła, posłużyć za mylący przykład innym lekarzom sądowym w podobnym nadarzonym przypadku. Prostowanie zaś takich błędów naukowych należy uważać za święty obowiązek wobec nauki i naszego lekarskiego piśmiennictwa.

Sądzę też po tem wszystkiem, że chyba tylko wystąpienie prof. Bl. można nazwać „niczem nieuzasadnioną zaczepką“, gdyż prof. Bl. nie miał ani żadnej podstawy do wego wystąpienia, ani formy użytej przez Niego inaczej nazwać nie można jak „zaczepką“, podczas gdy moje wystąpienie miało wszelkie prawo i podstawy; forma zaś mojej publikacyi, czysto przedmiotowa, wolną jest od podobnego zarzutu.

Odpowiedzi prof. Bl. wreszcie nie czynią mi ani zaszczytu, ani przyjemności; skoro zaś i nauka z nich nie korzysta, chętnie zwalniam Go raz na zawsze od takowych. Natomiast czuję się w obowiązku oświadczyć, że ilekroć spotkałbym się z publikacyjami prof. Bl., w których musiałbym uznać błędy naukowe, tylekroć czułbym się obowiązanym i zmuszonym, takowe sprostować, bez względu na to, czy to będzie prof. Bl. przyjemnem lub nie i jak na to prof. Bl. zechce się zapatrywać.

W przyszłości służyć też jeszcze będę prof. Bl. odpowiedzią na zarzuty Jego w sprawie orzeczenia co do nagłej śmierci śp. Małeckiej, z którą z powodu długiej choroby dotychczas się opóźniłem,

a w której będę miał również sposobność wykazać dobitnie ścisłość dowodów, sposób dysputowania i wartość naukową twierdzeń prof. Bl.

Sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Rosenheim. **„Calomel“ jako „Diureticum“.** (Deutsche med. Woch. Nr. 16. 1887).

Komu znaną jest dawna literatura lekarska, ten wie, że dawniejsi lekarze uważali kalomel (Hydrarg. chlor. mite.) jako środek moczopędny, pomimo że ścisłych dowodów na to nie posiadano Przed rokiem zwrócił Jendrassik uwagę lekarzy na nowo na kalomel, jako na dzielny środek, który w dawkach 0,20 grm. *pro dosi* 3—4 razy dziennie stósowany usunął już 3, 4 dnia puchlinę (Hydrops ex insuff. m. cord.) wśród znacznie zwiększonej ilości moczu (do 4—5 litrów na dobę). Ubocznych, nieprzyjemnych skutków Jendrassik nie spostrzegł. Stomatitis mierna a biegunkę tamował makowiec. Zdaniem J. kalomel bezpośrednio na serce lub nerki nie działa; lek ten ułatwia tylko wessanie obrzęków do krwi, skutkiem czego ilość wydzielanego moczu się zwiększa. Podobnie korzystnie brzmią wyniki, jakie otrzymał Stiller w puchlinie z przyczyny chorób sercowych, jak również i spostrzeżenia Fraenkla i Mendelsohna. W niniejszej pracy, dokonanej pod kierunkiem Fübringera w Berlinie, przedsięwziął autor badania na znacznej liczbie chorych dotkniętych puchliną. Doświadczenia odznaczają się ścisłością i załączone tablice dają dokładny obraz działania leku.

W pierwszej grupie umieścił autor 16 chorych dotkniętych chorobami tak mięśnia sercowego, jakoteż przyrządu zastawkowego. Druga obejmuje 8 chorych z puchliną z przyczyny chorób nerkowych.

Dodatkowo wspomina autor, że w pięciu przypadkach marskości wątroby (Cirrhosis hepatis), w dwóch przypadkach wypocin otrzewnowych i w dwóch przypadkach wypocin opłucnowych, kalomel okazał się bezskutecznym.

Autor stosował 0,20 grm. kalomelu 3—4 razy dziennie (często z kamforą), nieraz na kilka zawodów, ilekroć potrzeba się okazała i to przez kilka dni.

Oto wyniki:

Kalomel jest cennym środkiem moczopędnym przy puchlinach pochodzących od zmian w sercu, istniejących obok lub i bez współcierpień nerek. Kalomel usuwa w wielkiej liczbie przypadków, obrzęki

surowicze niezależnie od jakości tętna i stanu nerek, nawet i wtedy, gdy naparstnica (digitalis) i kofein pozostały bezskutecznemi. Kalomel należy podawać w dawkach 0,20 grm. trzy razy dziennie. Wydzielanie moczu zmniejsza się zwolna w dniach następnych. Jeżeli wystąpił skutek, należy natychmiast usunąć kalomel, gdyż wcale nie powiększa się skuteczności dalszem podawaniem leku. Również przerwać należy leczenie skoro tylko znaczniejsza „Stomatitis“ się okaże, jeżeli bowiem do tego czasu znaczniejszej dyjurezy nie sprowadzono, nie sprowadzi się jej gwałtem, podając dalej lek. Jak długo jednakże nie ma objawów otrucia, można śmiało podawać kalomel przez sześć a nawet ośm dni, gdyż w poszczególnych przypadkach stwierdził autor skutek późny choć wprawdzie tylko skromny.

W puchlinach pochodzących z chorób nerkowych działanie kalomelu jest niepewnem.

Na niekorzyść kalomelu przytacza autor, że:

1) Korzyść jest tylko przemijającą, choć nie można żądać trwałego skutku w chorobach tego rodzaju.

2) Rtęcica do pewnego stopnia (Mercurialisation) potrzebna do sprowadzenia pewnego skutku, przedstawia w każdym razie znaczne wyniszczenie już osłabionegu ustroju.

Bardzo ciężka „Stomatitis“, którą autor kilkakroć stwierdził, silne biegunki osłabiające chorego w wysokim stopniu, nie mogą być zrównoważone przez korzyści. Oczywista, że od pierwszego dnia należy przestrzegać czyszczenia ust. *Dr. Pisek*

O. Bollinger. **O samoistnym przeroście i rozszerzeniu serca.** (Aus dem path. Instit. zu München 1886)

Autor dokonał poszukiwań na sercach 42 osób, u których nie było żadnych komplikacyj wpływających na serce

Wyniki badań są następujące:

Swoistemu przerostowi (Hypertrophia idiopathica) ulegają obie komórki. Mięsień bywa tęgim, zazwyczaj ciemnoczerwonym. Mięśnie brodawkowe i beleczkowe są nader silnie rozrosłe. Przerost jest przeważnie jakościowym*) t. j. pęczki pierwotne mięśniowe (Muskelprimitivbündel) są szersze a jądra powiększone. Obok tego można stwierdzić rozrost podścieliska łącznotkankowego. Wyjątkowo pęczki pierwo-

*) Wyniki te tylko w części zgadzają się z tymi, do jakich doszedł sprawozd. przy rozwiązywaniu pytania: „Jak przerasta mięsień sercowy?“ W pracy tej, dokonanej przed blisko 9 laty pod przewodnictwem i przy pomocy czcigodnego Profesora Dra Browicza w zakładzie patalog. Uniw. Jagiel., poddanych zostało mikroskopijnemu badaniu i dokładnym ważeniom przeszło 350 serc ludzkich, między temi blisko trzecia część z przerostem mięśnia. (*Przyp. ref.*)

tne okazują zmętnienie ziarniste, stłuszczenie lub niewyraźne prążkowanie. Przyczyną śmierci zdaniem autora w tych przypadkach bywa nie stłuszczenie, lecz niedomoga zmęczenie serca. Przerost samoistny serca wydarza się u silnie zbudowanych, dobrze odżywionych ludzi,o szerokich tętnicach, z obfitą ilością krwi (Plethora) i objawami zastoin w krążeniu. Jako przyczynę uważa autor (w Monachium) nadużycie piwa, w którem działają nadmiar płynu, nadmiar alkoholu i odżywcze własności piwa, podczas gdy wysiłki fizyczne tylko podrzędną odgrywają rolę. Pomimo to autor przyznaje, że właściwa przyczyna niedomogi serca bywa w tych przypadkach niejasną. Przypuszcza on czynnościowe porażenie nerwów sercowych i zwojów sercowych, sprowadzających znużenie serca, czyli „weakned heart“ Stokes'a. Autor sądzi, że następowe schorzenie nerek, któremu towarzyszy zmniejszenie się ilości moczu, a w końcu „Plethora serosa“ znacznego stopnia, utrudnia tak czynności serca, że mięsień serca wreszcie przezwyciężyć nie może tych przeszkód.

(Centralbl. f. klinische Med. Nr. 2. 1887). *Dr. Pisek.*

H. Beck. **O powstaniu pęknięcia serca i przewłocznego częściowego tętniaka serca.** (Dissert. Tübingen 1886).

Przyczyną powyższych zmian bywają najczęściej zwężenia wzgl. zatkanie tętnic wieńcowych, albo skutkiem sklerotycznego zgrubienia błony wewn., albo też zatoru (Thrombosis). Jeżeli przytem rozwija się „obumieranie z niedokrewności“ (anämische Nekrose) ograniczonych przestrzeni ścian serca, wtedy ściana w tem miejscu pęka. W przypadkach niezupełnego zamknięcia gałęzi tętniczych, lub zatkania drobniejszych gałązek, zanika przeważnie tylko utkanie mięsne, podczas gdy tkanka łączna się utrzymuje, a później, skoro wyrównanie krążenia nastąpiło, tkanka ta przerasta — i mamy „blizny sercowe“ (Herzschwielen) przed sobą.

Naszem zdaniem najważniejszym z całej pracy wynikiem jest zdanie autora, że stłuszczenie serca nigdy pęknięcia serca sprowadzić nie może. Autor twierdzi, że sercu stłuszczonemu brakuje tej siły mięśni, którąby potrafiła parcie śródsercowe tak zwiększyć, iżby skutkiem tego ściany pękły.*)

(Centralbl. f. klin. Med. Nr. 3. 1887). *Dr. Pisek.*

Geneuil **O solaninie.**

Leku tego używa G. wszędzie tam, gdzie się rozchodzi o zmniejszenie podniesionej wrażliwości nerwowej, zniesienie kurczów lub bólu.

---

*) Twierdzenie to tylko z pewnem zastrzeżeniem może był przyjętem, jeżeli się doń doda „całkowite“ stłuszczenie mięśnia sercowego, a wykluczy stłuszczenie ogniskowe.

Z dobrym bardzo skutkiem stosował Solanin w morzysku, w nerwobólach reumatycznych, międzyżebrowych, dalej w dyspepsyi i dusznicy.

Dzienna dawka wynosi 5—30 centigr., rozpoczyna się zaś od 20 centigr. *pro die*, 6 centigr. rano naczczo, 6 w południe a 8 wieczór. Jeżeli zachodzi potrzeba, postępuje się w następnych 3—4 dniach aż do 40 centigr. Najlepiej zapisywać w pigułkach, zawierających 1—5 centigr. Chory powinien je zażywać wśród lub zaraz po jedzeniu lub popijać kilkoma łyżkami ocukrzonej wody.

Podskórne wstrzykiwania uskuteczniа się z chlorku solaninu, rozpuszczonego w wodzie przekroplonej, w dawce 1—5 centigr. na 1 wstrzykawkę, 2—4 wstrzykawek dziennie.

(L'Union medicale 7 Juillet 1887). *Dr. Rosenbusch.*

Ducroux. **Terpin w nerwicach.**

Znany lek, z korzyścią stosowany przeciw nadmiernej wydzielinie oskrzeli, ma być również też skutecznym, zdaniem Ducroux'a, i w nerwicach. Według tegoż autora (koresp. z Paryża w Med. News. z r. b.) podawać należy 0,60 *Terpini pro die* i to w 3 pigułkach, w międzyczasie między śniadaniem a obiadem, względnie między obiadem a wieczerzą i w jakiś czas po wieczerzy. Najróżnorodniejsze nerwice ustępowały po terpinie, szczególniej neuralgia supraorbitalis. Jeżeli się wydarzył nawrót choroby po zaprzestaniu lekowania, to nerwica ustąpiła natychmiast po rozpoczęciu ponownem leczenia terpinem lub przynajmniej objawy stawały się łagodniejszymi a wreszcie całkiem znikły. *Dr. Pisek.*

Fr. Betz. **Leczenie ostrej wewnętrznej niedrożności jelita zapomocą morfinu i mięsienia (Massage)**

Na podstawie dokładnie spostrzeganego przypadku zaleca autor przy niedrożności jelita skutkiem uwięzgnięcia w otworach lub szczelinach sieci, kreski lub wewnętrznych bramach przepuklinowych, w przypadkach mniejszych wpochwień jelita cienkiego lub invag. ileocoecalis. stosowanie wczesne mięsienia (massage) i morfinu.

50 letnia chora, która $^1/_2$ roku przedtem skutkiem uwięzgniętej przepukliny była operowaną, zachorowała nagle wśród objawów 6-dniowego zaparcia stolca, odbijania się, braku wiatrów i znacznej bębnicy brzucha. Bliższe badanie kazało przypuścić uwięzgnięcie wewnętrzne. Gdy drażniące lewatywy żadnego nie odniosły skutku, poczęto chorej podawać co 6 godzin po 0,02 morfinu i co parę godzin masowano i wygniatano brzuch w różnych kierunkach. Skoro chora wyżyła 0,18 morfinu, odeszły wiatry, a w parę godzin później po ol. rycynowym stolec.

(Centralbl. f. med. Wiss. Nr. 27). *Dr. Pisek.*

Chirurgija.

CHRISTIAN FENGER (Chicago). **Osteoplastyczna resekcyja stopy podług Władimirowa-Mikulicza.**

Autor podaje szkic historyczny operacyi, szczegóły takowej, wskazania do niej, leczenie następowe i wyniki operacyjne wraz z tablicą 18 przypadków znanych autorowi i z opisem jednego własnego przypadku, którego historyja jest następująca:

Mężczyzna 28 letni cierpiał od 10 lat na *myelitis chronica traumatica;* choroba ta wywołała stężenie stawów począwszy od skokowego aż do stawu Choparta. Liczne przetoki prowadziły do ropiejących kości śródstopia, a na tylnej dolnej powierzchni pięty znajdował się ropiejący wrzód.

Po dwukrotnem wyłyżeczkowaniu nastąpił każdą razą powrót choroby. Wykonano więc następnie operacyję Władimirowa-Mikulicza. Wyleczenie zupełne nastąpiło po 4 miesiącach. Palce początkowo pół zgięte po dwu miesiącach wyprostowano, przyczem pękła skóra poniżej Igo i IIgo stawu palcowo-śródstopowego.

W miejscach tych powstała ropiejąca blizna, którą wyleczono przez wycięcie i transplantacyję płatu z podeszwy. W 15 miesięcy po operacyi chory mógł chodzić o lasce wygodnie (w bucie) i znosił doskonale ciężar swego ciała; ankiloza była zupełną. Kończyna po stronie operacyi była o 4 ctm. dłuższą. F. kończy pracę naśtępującemi uwagami:

1) Osteoplastyczna resekcyja stopy podług Władimirowa-Mikulicza jest wskazaną w szeregu operacyj wykonywanych na stopie, i daje lepsze wyniki co do funkcyi kończyny po operacyi niż amputacyja powyżej kostek.

2) Zniszczenie części miękkich pięty stanowi główne wskazanie do wykonania jej.

3) W przypadkach gruźlicy stawu skokowego i zastopia, należy wykonać resekcyję atypową podług Connora, Kappelera, albo podług Pirogowa lub Symea.

Jest rzeczą wątpliwą czy operacyj ostatnich zaniechać należy w tych przypadkach i czy operacyja osteoplastyczna dałaby w nich lepszy wynik. Kwestyja ta mogłaby być rozwiązaną dopiero po zrobieniu większej liczby doświadczeń w przypadkach gruźlicy, a to pod względem trwałego wyleczenia przez tę operacyję, trwania leczenia następowego i wyników funkcyjonalnych.

4) Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń mamy wolny wybór w tych przypadkach pomiędzy operacyją Władimirowa-Mikulicza a dawnemi operacyjami. Należałoby więc w odpowiedniej liczbie przypadków porównać wyniki operacyjne.

(Journ. Amer. Med. Association. January 29, 1887. Annals of Surgery, June 1887). *Dr. Barącz.*

Martel (St. Malo). **O operacyjnem skróceniu kości kończyn przy leczeniu zranień powikłanych znacznem zniszczeniem części miękkich.**

W roku 1882 powziął M. myśl, ażeby — w przypadkach znaczniejszych zniszczeń części miękkich — zamiast amputować kończynę, wycinać odpowiednie kawałki kości. Urzeczywistnił myśl tę jednak dopiero w roku 1885 r.

U chorego 32 letniego z ciężkiem powikłanem złamaniem obu kości lewego podudzia i ze złamaniem ukośnem kości łydkowej, odraził najpierw dokładnie ranę i założył opatrunek antyseptyczny ustalający, poczem 3go dnia ciepłota wieczorna wynosiła 39·8° C. Podano więc choremu chinin i chloral przeciw bezsenności. Znaczne ropienie wystąpiło w ranie pomimo poczynionych zabiegów.

55-go dnia po przyjęciu chorego do szpitala, resekował Martel 75 mm. z trzonu kości udowej, przedłutowawszy ją ukośnie. Kość usunięta była dotkniętą martwiną (*necrosis*). Odłamki złączył M. drutem srebrnym. Do opatrunku antyseptycznego użyto 5% rozczynu kwasu karbolowego. W miesiąc po operacyi konsolidacyja niezupełna, w 2 miesiące zaś zupełna. Do ustalenia użył M. przyrządu ze szkła wodnego, w którym wyciął okienko. Skrócenie wynosiło 7—8 cm. Nieznaczna sztywność kolana ustąpiła później. Autor zna tylko jeden podobny przypadek opisany przez Löbkera w „*Central-blatt für Chirurgie, 1884 Nr. 50*“, poznał go jednak dopiero po wykonaniu przez siebie podobnej operacyl. Löbker wyciął kawałki kości sprychowej i łokciowej, ażeby mógł założyć szwy ścięgien i nerwów, których kikuty znacznie oddalone były od siebie i wrośnięte w bliznę. Długość części, jaką należy wyciąć, zależy od przypadku. Szew zazwyczaj jest zbytecznym. Jako najlepszy materyjał do szwu uważa autor drut srebrny, który dopiero po miesiącu należy wydobyć. Czas, w którym należy odłamki resekować, zależy od stopnia zmiażdżenia części miękkich; należy czekać na liniję demarkacyjną (?! sprawozd.) ażeby za wiele części niepotrzebnie nie poświęcić. Najodpowiedniejszym według autora jest okres między 10tym a 20tym dniem po zranieniu.

(Gaz. med. de Paris 1886. 27 Février, 13 i 20 Mars).

Dr. Barącz.

Staudenmayer. **„Hernia duodenojejunalis“ z objawami zwężenia jelit.** (Mittheil. aus der Tübinger Poliklin. 1886. Band I, Centralblat f. kl. Med. Nr. 23 r. b.).

Hernia duodenojejunalis należy do zjawisk rzadkich. Jak wiadomo

pierwszy opisał ją Treitz, niegdyś profesor anatomii patolog. w Krakowie, po którym jeszcze pozostały do dziś dnia odnośne preparaty. Znanych dotychczas przypadków przepukliny „Treitza“ jest 56, — zazwyczaj rozpoznawanych na stole sekcyjnym. W obecnym przypadku rozpoznano chorobę za życia, co na tem większą zasługuje uwagę.

Siedmioletni chłopczyk zachorował nagle wśród objawów ostrego nieżytu żołądkowego. Po wymiotach objawy te ustąpiły, a natomiast wystąpiło gwałtowne morzysko (Darmkolik). W drugiej połowie pierwszego tygodnia bóle jeszcze bardziej się wzmogły i nadto począł chory wymiotować treścią żółciową, podczas gdy równocześnie wykazać się daje w lewej stronie brzucha guz dokładnie wymacalny. W następnych czterech tygodniach występują naprzemian objawy morzyskowe z wymiotami, czasem objawy utrudnionej drożności jelit, a nieraz istotna zupełna niedrożność.

Bębnica się wzmaga, objawy zapalenia otrzewny coraz wyraźniejsze, gdy przedtem gorączki nie było.

Rozpoznano niedrożność jelita cienkiego, a mianowicie dlatego, że 1) przez długi czas nie było znaczniejszego wydęcia (gazami) jelit; 2) że brakowało wymiotów kałowych; 3) że mocz zawierał tylko bardzo nieznaczne ślady indychtu (indigo).

Obecność guza po stronie lewej i prawie niezmieniająca się jakość guza, również przemawiały za owem rozpoznaniem.

Sekcyja wykazała przepuklinę Treitza (Hernia duodenojejunalis) to jest dostanie się górnego odcinka jelita w przestwór znany jako Fossa duodeno-jejunalis. Prócz tego stwierdzono jeszcze wgłobienie kiszki cienkiej w jelito ślepe (Intussusceptio ileo-cöcalis).

Leczenie zasadzało się w tym przypadku na podawaniu makowca w różnej postaci. (Laparotomia? Ref.). *Dr. Pisek.*

Edward H. Bradford (Boston). **Podokostnowa amputacyja w stawie biodrowym przy zapaleniu tegoż stawu.**

B. przedstawia tabelarycznie 22 przypadki amputacyi w stawie biodrowym z powodu *coxitis* w uzupełnieniu do podanych w Ashursta „międzynarodowej encyklopedyi chirurgicznej“. Operacyja ta daje od r. 1880 tylko 14% śmiertelności. B. przytacza przypadek, w którym operacyję tę wykonał z dobrym skutkiem. Ponieważ metoda Lisfranca (disarticulatio) z trudnością tylko da się wykonać przy użyciu sprężystego krępulca (tourniquet), poleca autor metodę Furneaux'a Jordan'a. Podług tej metody prowadzi się najpierw cięcie boczne jak przy wypiłowaniu główki, główkę wypiłowuje się ażeby nie zawadzała, cięcie boczne przedłuża się, trzon uda oddziela się od otaczających mięśni na przestrzeni 2—3 cali tak, ażeby okostna pozostała przy mięśniach; następnie wykonuje się

okrężną amputacyję uda, przepiłowuje się kość, albo jeżeli zupełnie została oddzieloną od otaczających części miękkich, cięciem bocznem pozostawia się ją przy odpadającej kończynie; wreszcie podwiązuje się naczynia i usuwa krępulec (tourniquet).

B. kończy pracę następnemi uwagami:

1) Amputacyję w stawie biodrowym uważać należy jako zabieg ostateczny przy zapaleniu tegoż stawu; znaczne zwyrodnienie skrobiowate trzewiów albo też znaczne wychudnienie chorego stanowią przeciwwskazania do tej operacyi.

2) Śmiertelność nie jest większą jak przy amputacyi uda w ogóle.

3) Widoki zupełnego wyleczenia są większe niż przy wypiłowaniu stawu biodrowego.

4) Amputacyję należy wykonać (o ile możność pozwala) podokostnowo. Sprężysty krępulec najwięcej zabezpiecza przed krwotokiem.

5) Amputacyję ułatwia wypiłowanie główki kości udowej.

(Boston Med. and Surg. Journ, Febr. 24, 1887).

Dr. Barącz.

SCHMIDT. **Przypadek wyleczenia tłuszczaka za pomocą stósowania Ichtyolu.** (London medical Record 1887 Nr. 1).

Przypadek wymieniony dotyczy 26-letniego kandydata medycyny. Od lat 8 powstał u niego tłuszczak wielkości gołębiego jaja na szyi, w okolicy lewej *art. carotis.* Autor wymywszy poprzednio powierzchnię nowotworu wodą z mydłem, stósował codziennie wcierania miejscowe 50% rozczynem *Ammonii sulfoichtyolici.* Już po 5 wcieraniach nowotwór zmniejszył się, na 9ty zaś dzień tłuszczak prawie znikł pozostawiając żółtawo zabarwioną plamę po sobie. Gdy przekłuto tę plamę następnie, wyszło nieco białawej cieczy ropiasto-surowiczej. Po zaszyciu ranki za pomocą plastra z Ichtyolu stwierdzono w krótkim czasie zupełne zagojenie, tak że po tłuszczaku pozostała tylko wcale nieznaczna blizna. *Dr. Szadek.*

Bromek potasu przeciw „Tetanus traumaticus".

Montagnon opisuje (Lyon méd.) przypadek wyleczenia tężca urazowego (Tetanus traum.), gdzie po bezskutecznem podawaniu chloralu (10 grm. w jednej lewatywie) w trzecim tygodniu za pomocą bromku potasu (6 grm., później 12, 16, 18, 20 grm., przez trzy dni, tak, że chory wyżył w 9 dniach 126 grm. kali bromati) osiągnięto wyleczenie. Po 6-dniowej śpiączce i objawach otrucia bromem chory się obudził i wkrótce opuścił szpital zdrowy. *Dr. Pisek.*

Ginekologija i Pedyjatryja.

Dr. Sielski. **Strzykawka do wstrzykiwań śródmacicznych.**

Sielski przedstawił na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. strzykawkę do wstrzykiwań śródmacicznych własnego pomysłu.

Wstrzykiwanie przyżegających płynów do jamy macicy, jest jak wiadomo jednym z najdzielniejszych środków leczniczych przy przewlekłem zapaleniu błony śluzowej jamy macicy. Lecz takie wstrzykiwania nie są zupełnie bezpieczne, i nawet najdzielniejsi ginekologowie wspominają (z własnej praktyki) o przypadkach śmiertelnego zejścia po wstrzyknięciu płynu do jamy macicznej. Niebezpieczeństwa można łatwo uniknąć, jeżeli postaramy się o to, aby strzyknięty płyn mógł swobodnie z jamy macicznej odpływać. W tym celu rozszerzają niektórzy ginekologowie szyjkę macicy. Lecz takie rozszerzanie jest postępowaniem dla chorej i lekarza bardzo niemiłem, nie zupełnie bezpiecznem i ostatecznie nie zupełnie pewnem, gdyż nie usuwa na pewno opisanego niebezpieczeństwa. Sielski skonstruował wstrzykawkę, która odpowiednio do tych wymagań odpowiadać będzie celowi, dozwala bowiem na wolny odpływ płynu wstrzykiwanego do jamy macicy. Rurka nasadowa strzykawki ma kształt nasady strzykawki Brauna, lecz jest sporządzona z czystego srebra. Koniec jej długości 9 ctmtr. jest bardzo cienki i ta część wkłada się w cewkę tej samej długości, zaopatrzoną w bardzo wielkie okienka. Cewka przymocowuje się do rurki za pomocą gwintu, jak przy cewniku macicznym Bozemana Fritscha. Wstrzykiwany płyn dostaje się do cewki, a przez okienka tejże do błony śluzowej macicy i jeżeli strzykawkę przesunie się kilka razy w jamie macicy tam i napowrót, to wszystkie części błony śluzowej zetkną się z przyżegającym płynem. Odpływ płynu jest zupełnie wolny przez górne okienka cewki, gdyż ta wchodzi do jamy macicy tylko na 7 cm. Sielski używa swojej strzykawki już od roku, a ponieważ jest z niej, jakoteż z wyników leczenia z jej pomocą zupełnie zadowolony, przeto udziela wiadomość o takowej szerszemu kółku kolegów *).

Dr. H. v. Campe (Hannover). **Ein Beitrag zur Therapie des Pruritus vulvae.**

Autor opisuje przypadek bardzo uporczywy *Pruritus vulvae,* który wyleczył (podług zalecenia W. Blackwooda) prądem galwanicznym.

53-letnia chora cierpiała od kilku lat na obfite gryzące upławy. Mimo przepłukiwań codziennych jamy macicy i pochwy i mimo kąpiel

*) Strzykawkę sporządził mechanik uniwersytecki we Lwowie, i kosztuje 8 złr. W.

nasiadowych stan nie polepszał się wcale, ale i owszem pogorszył się, albowiem wkrótce przyłączyła się jeszcze mocno świerzbiąca wysypka (Ausschlag), która rozpoczynając się na *Vulva* rozszerzyła się na *Mons Veneris*, pachwiny, międzykrocze i *anus*. Leczyła się u wielu lekarzy i wszystkie możliwe środki używane przeciw temu cierpieniu były już zastósowane. Nawet wycinano kawałki skóry, na których było najnieznośniejsze świerzbienie. Wtedy zastósował autor galwaniczny prąd (z początku 6, później 10 ogniw małego aparatu Spamera). Anodę wkładał *ad Vulvam*, a katodę przesuwał po chorych miejscach skóry. Zaraz po pierwszych posiedzeniach stan znacznie się polepszył, a wysypka zaczęła znikać. Chora wyzdrowiała do dwóch miesięcy zupełnie (w tym czasie 16 posiedzeń). Lekkie świerzbienie powtarza się wprawdzie jeszcze czasami, osobliwie przed spaniem, lecz przepłukiwania pochwy słabymi rozczynami kwasu karbolowego, utrzymują je w granicach stanu znośnego.

(Centralblatt f. Gynäkologie Nr. 33. 1887). *Dr. Sielski.*

O kokluszu (krztuścu-Tussis).

Sprawozdanie podług rozpraw na IIIcim kongresie dla medycyny wewnętrznej. Podał Dr. Pisek.

Już przed 150 laty oświadczył wielki Lineusz botanik, że przyczyną krztuśca jest wdychiwanie jakiegoś *Contagium animatum*. Pomijając (dziś już małą wartość mające) prace w tym kierunku Halliera, Letzericha, Burgera, nie posiadamy właściwie do dnia dzisiejszego dokładnej znajomości grzybków chorobotwórczych właściwych krztuścowi[1]). Praca Thaon'a z Paryża, wykazała obecność diplokoków i laseczników przypominających wielce pneumokoki Friedländera Badania

---

*) Referent zjazdu nie wspomniał o poszukiwaniach Tschamera, które zdaniem naszem wielkiej są wagi — i dlatego je przytaczamy. Grzybki w plwocinach u chorych na koklusz są zawsze stale napotykane, a koklusz należy uważać jako grzybicę (Mycosis) błony śluzowej przewodu oddechowego.

Grzybkiem swoistym jest pleśń znana jako Ustilago maidis i jej postać rozrostowa Capnodium citri (znachodząca się i na cytrynach). Do wniosków tych doszedł autor na podstawie hodowli i prób z przenoszeniem (szczepieniem) grzybków. Twierdzeniom tym sprzeciwia się Hagenbach, który utrzymuje, że pasorzyty wykrywane w plwocinach nie wykazują zawsze cech tych samych. Ciekawą jest rzeczą, że i wyniki sekcyi dzieci zmarłych na krztusiec nie obfitują w znaczne zmiany. Kto miał sposobność badania odnośnych zwłok, ten mógł się przekonać, że prócz zmian nieżytowych i rozedmy zastępczej płuc i oskrzeli, głębszych zmian nie widać. Biermer jako cechujące zmiany anatomo-patologiczne podaje: Rozległa bronchitis catarrhalis, zatkanie drobnych oskrzelików śluzem i treścią komórkową, wysepkową niedodmę, zrazikowe przekrwienie i naciek miąższu, zastępowa rozedma i i rozszerzenie oskrzeli końcowych. Oczywista, że mowa tu tylko o przypadkach, gdzie wyłączną chorobą i przyczyną śmierci był krztusiec. *Dr. Pisek.*

Herffa wziernikiem krtaniowym (na sobie samym dokonane podczas kokluszu) wykazały silny nieżyt krtani *in regione interarytaenoidea*; w tej też okolicy jawiała się grudka śluzu przy każdym napadzie kaszlu. Dotknąwszy się tej okolicy można było każdym razem sprowadzić silny napad kaszlu. Inni autorowie jak Beau, Rehn, Meyer-Huni, Rossbach, nie zgadzają się co do wyniku badań wziernikowych.

Referent kwestyi tej na zjezdzie, Vogel (z Monachium) sądzi, że krztusiec stanowczo zaliczanym być powinien do chorób zakaźnych, jakkolwiek nieznanym jest swoisty laseeznik; błona śluzowa zaś krtani zdaje się nie ulegać znacznym zmianom, a jeżeli się jakieś zmiany wydarzają, nie są one stałemi *).

Pomijam tu wzmiankę V. o komplikacyjach i ogólne statystyczne uwagi o śmiertelności z krztuśca i przechodzę do leczenia.

Apteczne leczenie krztuśca obejmuje leki: *a*) przeciwkurczowe; *b*) dezinfekcyjne.

ad a) Stosując środki narkotyczne w krztuścu, wyrzekamy się z góry nadziei skrócenia trwania choroby Jakkolwiek przetwory makowca nie dają się stósować u dzieci przez czas dłuższy, to przecież nieznaczna dawka makowca lub morfinu jest wielkiem dobrodziejstwem — jak twierdzi Vogel — tak dla dziecka jak i otoczenia. Według zdania Vetlesen'a ma kombinacyja *Extr. cannabis indic* 1,0 i *Extr. belladonnae* 0,50 razem stósowane, mieć znakomite skutki. Na 116 chorych dzieci stwierdzono u 83 działanie korzystne, a u trzydziestu zupełne wyzdrowienie w przeciągu 1—2 tygodni. Pędzlowanie 5—20°|₀ roztworem kokainu zmniejszają tylko na czas krótki natężenie napadów krztuścowych.

ad b) Leczenie antyseptyczne zmierza do zniszczenia zarodków chorobowych. Pobyt we fabrykach wyrabiających gaz świetlny — działa korzystnie swymi wytworami destylacyjnymi węgli kamiennych na chorą błonę śluzową krtani. Tu należą wdychiwania benzyny, roztworu karbolu a nawet czystego kwasu karbolowego — z licznych stron zalecanego, lecz bez wyraźnego skutku **).

Vogel (sprawozdawca) podaje od początku choroby codziennie 0,01 centigr. kalomelu i sądzi, że tem leczeniem zapobiegł nie jednemu zapaleniu płuc.

(O innych środkach dezinfekcyjnych zobacz niżej).

Korzystnemi okazały się wdmuchiwania do otworów nosowych

---

*) Bliższych szczegółów sprawozdawca nie podaje.

**) Z własnego doświadczenia również stwierdzić mogliśmy niestałe działanie tych wdychiwań.

proszku z *Resina Benzoes* za pomocą rurki szklanej 20 ctmtr. długiej. (Porówn. sprawozdanie we Wiad. lek.).

Drugi sprawozdawca (correferent) Hagenbach z Bazylei, kładzie szczegółowy nacisk na znaczną śmiertelność z powodu kokluszu. Dalej zaznacza, że dziś nie ulega wątpliwości, że choroba ta jest zakaźną, jakkolwiek nie wiemy, czy mamy do czynienia z zakażeniem ogólnem czy miejscowem. Następnie omawia sprzeczne wyniki badań wziernikiem krtaniowym i wspomina o teoryjach upatrujących w kokluszu nerwicę zwrotną, — powstającą przez zadziałanie bodźca na błonę śluzową nosa Przechodząc do leczenia krztuśca, gani H. nader surowo zmianę powietrza (?! sprawozd.) tak często zalecaną a mającą tylko ten skutek, że koklusz zostaje przeniesiony w okolice wolne od choroby*). Z leków uważa morfin i chloral, chinin, garbnikan chininu, i wdmuchiwania chininu, jako jedynie wartość mające. Kończąc wypowiada życzenie, by bakteryjologija wspólnie z laryngoskopiją zajęły się krztuścem lepiej niż dotąd.

Michael z Hamburga tłumaczy różnicę w wynikach badań laryngoskopijnych tem, że różni autorowie w różnych porach badali chorych; jedni badali tuż po napadzie, inni znacznie później, gdy błona śluzowa zupełnie jest prawidłową. Mowca zaleca przez siebie podane wdmuchiwania do nosa, jakkolwiek nie obstaje przy swej teoryi uważającej koklusz jako nerwicę zwrotną. Korzystny bowiem wpływ wdmuchiwań możnaby i tem wytłumaczyć, że proszek wdmuchiwany działa podobnie jak gorczycznik (odwodząco). Na 50 dzieci leczonych aż do wyzdrowienia, trwał czas przeciętnego leczenia dni czternaście. Na 100 chorych tylko u 25 nie stwierdzono wcale skutku wdmuchiwań.

Heubner z Lipska okazuje zebranym liczne tablice przedstawiające graficznie przebieg krztuśca a raczej częstość napadów w różnych okresach. Wszystkie tablice okazują prawie tenże sam typ przebiegu, bez względu na to, jakie było leczenie (atropin, chinin, kokain, karbol itd.) Mowca sądzi, że tylko wtedy możnaby mówić o skuteczności jakiegoś leku. gdyby linija krzywa zawsze okazywała po zastósowaniu leku nagły spadek.

Schliep (z Baden-Baden) wychwala znakomite skutki leczenia krztuśca zapomocą komory pneumatycznej. Twierdzenie swe popiera przykładami z własnej praktyki. (Korzystny wpływ leczenia pneuma-

---

*) Dziwi nas mocno, że ustęp ten na zjeździe został milczeniem pominięty, tembardziej, że jeden z pierwszorzędnych klinicystów niemieckich Jürgensen zbawiennego pobytu (przez zmianę pokojów) w kokluszu doświadczał na własnych dzieciach i to przed dwoma laty, — i również jak inni gorąco zaleca zmianę „powietrza“. *Dr. Pisek.*

tycznego wykazał pierwszy Sandahl w Sztokholmie. Na 102 przypadki krztuśca wyleczył 88 w 9—20 posiedzeniach). Komora pneumatyczna, zdaniem S. działa 1) mechanicznie, usuwając przekrwienie i nieżyt a przez to wywierając i wpływ kojący na nerwy przyrządu oddechowego; 2) chemicznie, doprowadzając większą ilość O. W licznych przypadkach stosował S. z dobrym skutkiem przeciw krztuścowi przepis (Oesterlena).

Rp. Terebinth. laric. 4,0
Aq. cinamomi 120,0
Vitelli ovi unius.
Syr. spl. 15,0
Aeth. acet. 5.0

M. F. Emulsio. S. Trzy razy dnia po łyżce stoł (lub łyżeczce kawowej, stósownie do wieku dziecka). Zdaje się, że trzeba tak długo podawać lek ten, aż przy zupełnej euforyi dzieci rozwinie się ogólna Erythema.

S. zachwala również kadzenia kwasem siarkawym przynajmniej 25 gram. siarki na 1 mtr. ▱ powietrza pokojowego, zostawiając przez 5 godzin dym w pokoju, poczem dopiero się przewietrza i chorych układa w łóżkach dezinfekcyjonowanych.

Sonnenberger (z Wormacyi) zachwala korzystny wpływ długo i konsekwentnie podawanych małych dawek antypirynu. (Prace Demutha i Windelbanda również wykazują zbawienne działanie antypirynu przeciw krztuścowi).

Choroba zdaniem S. przybiera cechy łagodne, 6—8 napadów łagodnych dziennie, a trwanie całkowite krztuśca wynosi najwyżej 4—5 tygodni.

Binz w gruntownem przemówieniu przychodzi do wniosku, że jedynie chinin może być z istotną korzyścią stósowanym w krztuścu. Główną przeszkodę stanowi smak gorzki leku, dlatego proponował jeszcze w r. 1879 — stosowanie garbnikanu chininu prawie nierozpuszczalnego w ślinie. Przetwór ten w handlu zawiera jednakże różne ilości 10—24% lub więcej czystego chininu, co oczywista znacznie uszczupla skuteczność garbnikanu chininu. Pomimo to wszakże przetwór ten daleko lepsze jeszcze daje wyniki, aniżeli t. zw. leczenie dyjetetyczne i wyczekujące.

Ostateczne wnioski Binza są:

1) krztusiec (koklusz) może być znacznie skróconym i złagodzonym przez podawanie chininu w odpowiedniej dawce (w 24 godzinach tyle decigramów ile lat dziecko liczy).

2) Rokowanie tem lepsze, im wcześniej rozpoczyna się leczenie; wiek dziecka jest bez wpływu.

3) Najlepiej bywa chlorek chininu wessanym. Garbnikan chininu nie powinien mniej niż 24% chin. zawierać i tylko tam ma być podawany, gdzie gorzki smak stanowi bezwzględną przeszkodę. Dawka jest podwójna.

4) Pożądaną jest rzeczą aby z pomiędzy środków pokrewnych chininowi wykryto lek równie skuteczny a mniej przykry w użyciu, niż chinin.

J. Bree. **Leczenie błonicy sinkiem rtęci.**

B. leczył 318 przypadków błonicy sinkiem rtęci (Hg. Cy). Z przypadków tych zakończyło się śmiercią tylko 4 t. j 1·2%. B. stósował roczyn sinku rtęci 0,01 na 10·00 wyskoku. Z początku co kwadrans 2—3 krople, później zaś coraz mniej.

Podług B. przeszkadza sinek rtęci rozprzestrzenieniu się choroby, zmniejsza dolegliwości przy połykaniu etc

W jednym przypadku od wieczora dnia jednego do rana dnia następnego zmieniło się ciężkie cierpienie na przypadek lekki, który w 3 dniach przeszedł, a nadto leczenie sinkiem rtęci powstrzymuje rozszerzanie się choroby na krtań etc. i zapobiega wystąpieniu następstw (porażeń) prawie z całą pewnością, a wreszcie rekonwalescencyja po leczeniu sinkiem rtęci znacznie trwa króciej.

(Inaugur. Dissert. 1886. Ref. z Allg. med. Centr.-Z. 1887, 1).

Choroby nosowe i uszne.

Dr. Joal (Mont-Dore). **Vertigo nasalis.**

Autor dochodzi do następujących ciekawych wniosków;

1) Istnieje prawdziwy zawrót, pochodzący ze zmian usadowionych w nosie (*Vertigo a naso laeso*).

2) Zawrót ten należy do grupy zawrotów odruchowych, jak zawroty wywołane zmianami w żołądku, w krtani, w macicy.

3) Drażnienie zakończeń nerwu trójdzielnego jest przyczyną zawrotów i innych nerwic nosowych.

4) Podrażnienie nerwu trójdzielnego przenosi się zapomocą „ganglion sphaeno-palatinum“ na nerwy naczynio-ruchowe i wywołuje niedokrewność mózgu a ztąd zawrót.

5) Zawroty wywoływane bywają: ciałami wonnemi i żrącemi lub mechanicznie drażniącemi, nieżytem ostrym lub przewlekłym, (szczególnie gdy istnieje przerost błony śluzowej) i polipami.

6) Częstokroć zawrót wywołanym bywa nieznaczną bardzo zmianą w nosie.

7) Do zawrotów tych szczególnie usposabia dna (Arthritis).

8) Zawroty połączone być mogą także z innemi objawami nerwowemi: zaburzenie wzrokowe, mouches volantes, hemicrania, nudno-

ści, wymioty, ogólne rozstrojenie, hypochondria, kaszel kurczowy, duszność, omdlenia i bladość twarzy, nie należą do rzadko występujących.

9) W celu rozpoznawczym należy badać dokładnie przewody nosowe u każdego chorego skarżącego się na zawroty.

10) W taki sposób przeprowadzone badanie znacznie pomniejszy liczbę przypadków uważanych za zawroty na tle dny, gośćca stawowego, niedokrewności i przekrwień mózgowych.

11) Zawroty ustępują po wygojeniu zmian w przewodach nosowych, które tymże dały początek.

(L'Union médicale Nr. 83). *Dr. Rosenbusch.*

Baratoux. **Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les ulcerations nasales.**

Przeszczepiania skóry żaby na owrzodzenia w nosie.

Korzystając z doświadczeń Dra Dubousquet-Laborderie, który przeszczepiał skórę żaby na utraty substancyi skóry i błony śluzowej, B. użył tego sposobu przeszczepiania na owrzodzenia w nosie. Leczył on w ten sposób 11 przypadków owrzodzeń nosa U każdego chorego zastosowano 10 do 20 szczepień, u większej połowy chorych przeszczepienie się udało. Dr. B. próbował także zamknąć w ten sposób przedziurawienie przegrody nosowej z powodu kiłaka, ale opatrunek się przesunął i przeszczepiona skóra odpadła jeszcze tego samego dnia. Ażeby przeszczepienie się udało, należy zachować mnóstwo drobnostkowych ostrożności. Skutku korzystnego nie można się spodziewać w przypadkach owrzodzeń (ran) atonicznych bez wysepek przybłonkowych Skórę żaby wycina się nożyczkami; podniósłszy ją najpierw delikatnemi kleszczykami, a mianowicie: albo kawałek płetwy między palcami, albo skorę brzucha lub bocznej części ciała. Kawałek odciętej skóry przenosi się na miejsce ubytku albo kleszczykami, albo za pomocą osobno w tym celu sporządzonej rurki, a skórkę rozpościera się na ranie przez wdmuchanie powietrza w przeciwległy otwór rurki.

Baratoux przytacza 2 przypadki przewlekłego nieżytu nosa (*ozaena*) wyleczone tym sposobem.

(Progres médicale, 9. avril 1887. Bulletin générale de Thérapeutique 15 Juin 1887). *Dr. Barącz.*

Dr. Neuman. **O leczeniu chorób ucha zewnętrznego.** (Centralblatt für die gesammte Therapie. III. 1887).

Nagromadzenie woskowiny (*Accumulatio ceruminis*) sprowadza nadmierne wydzielanie gruczołów woskowych, szczególniej, jeżeli woda dostająca się do ucha przy myciu lub kąpieli, już znajdującą się w uchu woskowinę do pęcznienia pobudza; u starszych

przymieszują się do tego wypadłe włosy i złuszczony przybłonek tak, że często cały przewód uszny jest wypełniony.

U ludzi wystawionych na kurz, sadze itp przyczyniają się i te do utworzenia czopa woskowinowego. Samo cierpienie mało znaczne pociąga za sobą dość uciążliwe następstwa jak n. p. znaczne upośledzenie słuchu i to tak dalece, że jeżeli nagromadzenie woskowiny jest obustronne, chory nawet rozmówić się nie może. Ucisk, jaki czop taki na błonę bębenkową wywiera sprawia: że ta wraz z kostkami słuchowemi ustępuje na wewnątrz, wzmaga ciśnienie w błędniku, i drażni nerw słuchowy, sprowadzając bardzo uciążliwe objawy podmiotowe, czasem napady zawrotu głowy, które już nieraz za objawy chorób mózgowych wzięto. Dłuższe działanie takich czopów może sprowadzić stałe zmiany w budowie i położeniu błony bębenkowej, jakoteż w położeniu kostek słuchowych.

Przechodząc do leczenia autor ostrzega, aby, odkrywszy nagromadzenie woskowiny u źle słyszącego, nie zawsze rokować różowo, bo za czopem może istnieć i inna choroba ucha wewnętrznego, jak: nieżyt ucha środkowego ze sklerozą lub przerostem, zajęcie błędnika lub t. p. Rokowanie jest pomyślne, jeżeli upośledzenie słuchu zależało tylko od nagromadzonej woskowiny.

Do usunięcia czopu wystarcza zazwyczaj wystrzykanie wodą letnią, jeżeli jednak 2 do 3-krotne wystrzyknięcie pozostaje bez skutku nie należy forsować, ale czop poprzód rozmiękczyć zapuszczając przez dzień kilkakrotnie roczyn następujący:

Rp. Natri bicarb 0,50
Aq. destil. 10,0
Glycer. 2,0.

Po usunięciu czopa ucho osusza się i zatyka watą Rozlane zaczerwienienie błony bębenkowej pozostałe po wystrzyknięciu woskowiny ustępuje w przeciągu doby. Jeżeli pacyjenci przy nagromadzeniu woskowiny żalą się na bóle, trzeba z wystrzykaniem być ostrożnym, bo bóle takie mogą być objawem ropnego zapalenia ucha środkowego. W takim razie należy zwrócić uwagę pacyjenta na możliwe następstwa zapalenia tegoż, jak: silniejsze bóle, gorączkę i t. d., aby potem objawów tych pacyjent nie przypisał wystrzyknięciu. Wystrzykać jednak ucho i czop woskowinowy usunąć należy i w tym razie, aby ropie wolny odpływ utorować. Autor na potwierdzenie tego co powiedział, przytacza przypadek z kliniki prof. Grubera, gdzie u 43 letniej pacyjentki, po wydaleniu rozluźnionego czopa woskowiny, skonstatowano przebicie błony bębenkowej i ropne zapalenie ucha środkowego, i gdzie mimo wszelkich środków skierowanych przeciw temu zapaleniu,

takowe rozszerzyło się dalej i sprowadziło ogólną ropnicę (*Pyaemia*) i śmierć.

Następnie przechodzi autor do schorzeń samych ścian przewodu usznego, z których dla lekarza praktycznego bardzo ważną jest:

Otitis externa. N. rozróżnia:

1) *otitid. externam circumscriptam*, występującą jużto jako zapalenie gruczołów usznych, jużto jako czyrak lub ropień (*Abscessus*), albo urazowe zapalenie ograniczone;

2) *otitid. externam diffusam*, charakteryzującą się zapaleniem całego przewodu usznego, błony bębenkowej, a czasem i małżowiny usznej; wreszcie

3) *otitidem externam parasitariam*, jeżeli takową wywołują pasorzyty roślinne (*Aspergillus flavescens* lub *nigricans*).

Wszystkie te zapalenia, zwłaszcza w przewodzie kostnym, wywołują znaczne bóle, rozpromieniające się na tyłogłowie, kark jakoteż i zęby. Niektóre formy, jak *otitis diffusa phlegmonosa*, sprowadzają również silną gorączkę a nawet zadrażnienie opon mózgowych etc. (*Meningitis* i *sinusphlebitis*).

Jako przyczyny tych zapaleń podaje autor: zadziałanie na przewód uszny zimnej wody lub zimnego powietrza, uraz, pasorzyty. Leczenie w ostrych przypadkach skierowane być winno przeciw bólom i zasadza się na użyciu środków przeciwzapalnych (*Antiphlogose*) i narkotycznych. Okłady zimne zapomocą przyrządu Leiter'a, okłady z wody Goulard'a, octanu glinowego lub t. p. Przy stósowaniu zimnych okładów przewód uszny winien być zamknięty watą. W lżejszych przypadkach wystarcza stósowanie środków kojących i przeciwzapalnych w samym przewodzie usznym.

Autor poleca gorąco użycie migdałków żelatynowych Grubera z narkotykami (*Amygdalarum aurium, quarum quaelibet contineat extr. opii aq.* 0 01 albo *morph. muriat* 0,01). Migdałki te wsuwa się w ucho aż do części zapalonej, następnie zatyka wacikiem umaczanym w letniej wodzie. Migdałki rozpuszczając się, odciągają miejscowo ciepło i działają przeciwzapalnie, a z powodu swej narkotycznej zawartości kojąco. Taki migdałek pozostawia się w uchu 24 godzin. W cięższych tylko przypadkach, przy znacznej infiltracyi ścian w *furunculosis* itp., powyższe leczenie nie wystarcza i trzeba się uciec do nacięć, które kilkakrotnie powtórzyć trzeba, aż sklęsnięcie nastąpi. Gdy infiltrat zajmuje i okolicę wyrostka sutkowego, a powyższe leczenie nie prowadzi do celu, trzeba zrobić cięcie w okolicy wyrostka sutkowego aż do kości. W razie braku migdałków żelatynowych, wkraplania letnie z *Morph. acet* 0,10, *Aqu. dest.* 10,0 albo *Aq. opii, Aq. dest.* āā lub 5% roztwór kokainu. Bardzo dobrze koją bóle letnie kąpiele uszne,

które urządza się w ten sposób, że słaby prąd letniej wody wpuszcza się przez dłuższy czas w ucho. Dla uśmierzenia bolów napadami występujących można użyć także *Ol. hyoscyami c. Chloroform* āā. Mieszaniny tej jednak nie wpuszcza się w ucho, ale zalewa na kawałek waty i ten przywiązuje na okolicę ucha, aby tylko para działała na przewód słuchowy. W *otitis parasitaria* i w *furunculosis* stosuje się oprócz środków kojących, wkraplania antyseptyczne: *Acid. borici* 1,0, *Spirit vini* 40,0 albo *Jodoformi* 1,0, *Spirit vin. rect.* 50,0. *Dr. Sysak.*

KRONIKA.

Z powodów od redakcyi niezależnych uległ zeszyt niniejszy „Wiadomości lekarskich" kilkunastodniowemu opóźnieniu.

Zawiadamiamy równocześnie naszych P. T. Odbiorców, że redakcyja „*Wiadomości lekarskich*" przeniesioną została na ulicę Żółkiewską Nr. 8, I. piętro (dom aptekarza H. Blumenfelda).

Współpracownictwo około naszego wydawnictwa przyrzekli nam łaskawie w dalszym ciągu P. T. Koledzy: Dr. Buzdygan, Dr. L. St. Kossak, Dr. M. Kowalski i Dr. A Tarnawski.

Jubileusz. Dnia 5 b. m. i roku obchodziliśmy uroczyście 50-letni jubileusz doktorski kol. Dra Kosińskiego Franciszka, emeryta fizyka miasta Lwowa. Jubileusz ten przypadający właśnie tuż po przeniesieniu się byłego fizyka na emeryturę, dał także sposobność sferom obywatelskim, urzędniczym miejskim, lekarskim etc. do wyrażenia uznania, wdzięczności i poważania zacnemu i w ciężkiej służbie lekarskiej posiwiałemu, choć jeszcze czerstwemu Jubilatowi. Sekcyja lwowska Tow. lek. gal. złożyła pierwsza Jubilatowi — jako jednemu z założycieli Towarzystwa — życzenia, potem składała życzenia deputacyja obywateli kr. gł. stoł. miasta Lwowa, podnosząc zasługi Jubilata jako człowieka i lekarza w ogóle, zaś jako dawniej lekarza miejskiego a później fizyka miasta Lwowa w szczególności.

Potem składali życzenia urzędnicy magistratu, (pp. Radcy magistratu i urzędnicy biura sanitarnego miejskiego) podnosząc zasługi Jubilata i wielbiąc Jego uczciwość, prawość, pracowitość etc. Do tejże grupy życzących dołączyli się lekarze miejscy dawni i obecnie urzędujący z fizykiem teraźniejszym na czele wyrażając życzenia i oddając hołd półwiekowej ciężkiej pracy w trudnym lekarskim zawodzie. Tak urzędnicy magistratu jak i lekarze ofiarowali Jubilatowi ozdobne i piękne album pamiątkowe z fotografijami. Pomiędzy innemi zasługuje na wzmiankę jeszcze deputacyja aptekarzy lwowskich i deputacyja z dzielnicy III. miasta Lwowa, na której Jubilat jako lekarz miejski przed laty przez kilkanaście lat praktykował, i gdzie dotąd jest wielce cenionym i bardzo mile i wdzięcznie wspominanym. Na czele deputacyi przemówił p. Kisielka obywatel i radny miejski, mieszkaniec III. dzielnicy i wręczył Jubilatowi ozdobny adres z bardzo licznemi podpisami mieszkańców dzielnicy III.

Rozrzewniony Jubilat dziękował w skromnych ale serdecznych wyrazach za liczne dowody uznania i życzliwości, poczem przyjmował wszystkich gratulantów u siebie z iście staropolską gościnnością i serdecznością; to też

uroczystość ta nieczęsta i niezwykła utkwiła mile w pamięci licznych uczestników.

Z Krynicy dowiadujemy się, iż Dr. Zieleniewski z powodu swego familijnego nieszczęścia dobrowolnie uchylił się t. r. od obowiązków lekarza c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy, pracując przez lat 30 z wielkim skutkiem dla rozwoju tamtejszego zdrojowiska. Na wspomnianą posadę rozpisany już został konkurs z terminem do 30 b. m.

Dr. Edmund Neusser, kolega i rodak nasz, będący asystentem kliniki chorób wewnętrznych (profesora Dra Bambergera) w Wiedniu, pojechał z księciem Ferdynandem Koburgiem do Bułgaryi jako lekarz przyboczny księcia, ale tylko na czas feryj wakacyjnych, poczem ma wrócić do Wiednia i habilitować się na docenta chorób wewnętrznych.

Kol. Dr. Pawlicki przesiedlił się z Nowego Targu do Żmigroda.

Śmiertelność w Austryi. Zestawienie śmiertelności i jej przyczyn w Austryi w czasie ostatniego dziesięciolecia, przedstawia interesujące wyniki, które z uwagi na większy okres czasu, pozwalają wnioskować i wydać zdanie o stosunkach sanitarnych Przecięciowo we wspomnianym okresie czasu umierało rocznie 683.198 osób, czyli na 1000 ludzi 31. Wiedeń, względnie Dolna Austrya, wykazuje właśnie tę przecięciową śmiertelność 31 na 1000; największa śmiertelność okazała się na Bukowinie 40, i w Galicyi 34 na tysiąc. Przyczyną śmierci w pierwszym rzędzie bywa brak sił żywotnych od urodzenia (85.446), poczem następuje gruźlica (83.037), która najwięcej ofiar zabiera we Wiedniu, względnie w Dolnej Austryi. Przecięciowo bowiem umierało w Austryi na tę chorobę rocznie na 100.000 mieszkańców 378, w Dolnej Austryi zaś 511.

Szósty międzynarodowy kongres dla higijeny i demografii. Nie ma wątpliwości, iż zapowiedziany na wrzesień międzynarodowy kongres dla higijeny i demografii, będzie co do liczby członków najliczniejszym ze wszystkich dotychczasowych kongresów. Do 20 b. m. zgłosiło się około 1350 uczestników. Wszystkie prawie rządy europejskie i amerykańskie, niemniej większe miasta i stowarzyszenia naukowe nadeszlą swych reprezentantów. Z krajów reprezentowanych w Radzie państwa zapowiedziało przyjazd: z Dolnej Austryi wraz z Wiedniem 369 osób, (z samego Wiednia 310 osób), z Górnej Austryi 24, Salcburga 19, Styryi 16, Karyntyi 10, Krainy 22, Tryestu 17, z Gorycyi i Gradyski 6, Istryi 8, Tyrolu 10, Vorarlbergu 2, Gratzu 139, Morawy 46, Szląska 15, Galicyi 43 i Bukowiny 19, z Węgier 172 Kroacyi i Slawonii 10. Kongres zagai osobiście dnia 26 września Najd. Cesarzewicz Rudolf, jako protektor. Na cześć uczestników zebrania odbędzie się w apartamentach Najd. Protektora w zamku cesarskim dnia 28 września wielki raut a 26 lub 27 września przedstawienie w operze nadwornej. Równocześnie z kongresem zostanie urządzoną wystawa odpowiednich przedmiotów, jak modeli domów i sal szkolnych, projektów kanalizacyjnych, tablic demograficznych, planów, instrumentów, modeli wszystkich teatrów w Austryi oświetlonych światłem elektrycznem itd. O ile nam wiadomo jedzie wielu naszych lekarzy na kongres. Miasto Lwów wysyła na kongres: fizyka miejskiego Dra Pawlikowskiego, chemika miejskiego Dra M. D. Wąsowicza i inżyniera miejskiego p. Góreckiego.

☛ Upraszamy Szanownych naszych P. T. Odbiorców o nadesłanie prenumeraty zaległej, abyśmy mogli ostatecznie uregulować nakład i nie narażać się na dalsze straty. ☚

Z Drukarni Ludowej we Lwowie, pod zarządem Stanisława Baylego.

ROK II.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej

REDAGOWANE I WYDAWANE

przez

Dra J. K. Wiktora

we Lwowie.

Zeszyt trzeci.

SPIS RZECZY:

LWÓW.
CZCIONKAMI DRUKARNI LUDOWEJ
pod zarządem Stanisława Baylego.
1887.